



## ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

ASOCIACIÓN ENTRE PARIDAD Y DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CÁNCER DE  
CÉRVIX DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA. HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA-PERÚ 2020-2023

**Línea de investigación:**  
**Salud pública**

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública con  
mención en Epidemiología

### **Autora**

Lazarte Ramos, Anaís Franshesca

ORCID: 0000-0002-0917-378X

### **Asesor**

Munayco Magallanes, Américo Alejandro

ORCID: 0000-0002-4310-0939

### **Jurado**

Alvarez Huari, Erika Verónica

Mauricio Valentín, Franco Raúl

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

**Lima - Perú**

**2025**



# ASOCIACIÓN ENTRE PARIDAD Y DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CÁNCER DE CÉRVIX DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA-PERÚ 2020-2023

## INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	3%
2	<a href="https://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://repositorio.uladech.edu.pe">repositorio.uladech.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://www.grafiati.com">www.grafiati.com</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://ru.dgb.unam.mx">ru.dgb.unam.mx</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="https://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

ASOCIACIÓN ENTRE PARIDAD Y DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CÁNCER DE  
CÉRVIX DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA. HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA-PERÚ 2020-2023

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el grado académico de:

Maestra en Salud Pública con Mención en Epidemiología

Autora:

Lazarte Ramos, Anaís Franshesca

ORCID 0000-0002-0917-378X

Asesor:

Munayco Magallanes, Américo Alejandro

ORCID 0000-0002-4310-0939

Jurado:

Alvarez Huari, Erika Verónica

Franco Raúl, Mauricio Valentín

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

Lima – Perú

2025

## **DEDICATORIA**

A mi mamá, a pesar de que ya no te encuentras con nosotros, sé que siempre me guías y proteges. Gracias por motivarme siempre a seguir adelante y continuar estudiando, por haberme enseñado el valor de la perseverancia y la importancia de seguir mis sueños. Gracias por haber sido mi roca, mi guía y mi mayor inspiración. Esta tesis es el reflejo de una promesa. No habría llegado hasta aquí si no fuera porque te prometí que estudiaría una maestría y obtendría mi grado. Te lo prometí madre, y aquí está la promesa cumplida. Te dedico este logro con todo mi amor y gratitud.

## ÍNDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>vi</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>vii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Planteamiento del problema .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Descripción del problema .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Formulación del problema .....</b>	<b>5</b>
<i>1.3.1 Problema general .....</i>	<i>5</i>
<i>1.3.2 Problemas específicos .....</i>	<i>5</i>
<b>1.4 Antecedentes .....</b>	<b>6</b>
<i>1.4.1 Antecedentes nacionales .....</i>	<i>6</i>
<i>1.4.2 Antecedentes internacionales .....</i>	<i>8</i>
<b>1.5 Justificación de la investigación .....</b>	<b>10</b>
<b>1.6 Limitaciones de la investigación .....</b>	<b>12</b>
<b>1.7 Objetivos .....</b>	<b>13</b>
<i>1.7.1 Objetivo general .....</i>	<i>13</i>
<i>1.7.2 Objetivos específicos .....</i>	<i>13</i>
<b>II. MACO TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Marco conceptual .....</b>	<b>14</b>
<b>III. MÉTODO .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Tipo de investigación .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Población y muestra .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Operacionalización de variables .....</b>	<b>24</b>
<b>3.4 Instrumentos .....</b>	<b>25</b>
<b>3.5 Procedimientos .....</b>	<b>26</b>
<b>3.6 Análisis de datos .....</b>	<b>26</b>
<i>3.6.1 Análisis descriptivo .....</i>	<i>26</i>
<i>3.6.2 Análisis bivariados .....</i>	<i>27</i>
<i>3.6.3 Análisis multivariado .....</i>	<i>27</i>
<i>3.6.4 Presentación de resultados .....</i>	<i>27</i>
<b>3.7 Consideraciones éticas .....</b>	<b>27</b>
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>

<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>37</b>
<b>VII.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>38</b>
<b>VIII.</b>	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>39</b>
<b>IX.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>49</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1 Distribución de la población de estudio según estadio de diagnóstico de cáncer de cérvix .....</b>	<b>29</b>
<b>Tabla 2 Odds Ratio crudo y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 3 Odds Ratio ajustado y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix .....</b>	<b>32</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 Distribución de la población de estudio según estadio de diagnóstico de cáncer de cérvix .....</b>	<b>30</b>
--	-----------

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la asociación de paridad y diagnóstico tardío de Ca de cérvix durante la emergencia sanitaria. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, lima-Perú 2020 – 2023.

**Método:** estudio observacional, retrospectivo, comparativo. Población fueron pacientes con Ca de cérvix durante periodo 2020 al 25-5-2023, registrándose datos de las Historia Clínica de hospitalización y consultorios externos.

**Resultados:** pacientes al momento de ser diagnosticadas con Ca Cu; con 0 a 1 gestación, con 0 a 1 parto, no fallecida al momento de corte y sin sangrado vaginal presentaron estadio temprano de Ca de Cérvix  $p < 0,005$ . Y, quienes el Papanicolau no fueron sido realizado en EsSalud presentaron estadio tardío de Ca de Cérvix ( $p = 0,010$ ), presentando dos a más partos (OR= 1.215; IC 1,046 – 1,412), fallecidas al momento de corte al 14-3-24 (OR= 1,204; IC: 1,061 – 1,367), presencia de sangrado vaginal (OR= 1,372; IC: 1,177 – 1,599). Se evidencia que las pacientes tienen más riesgo de presentar diagnóstico tardío de cáncer de cérvix cuando presentan sangrado vaginal (OR ajustado 1,461; IC: 1,214 – 1,759). Igualmente, si esta fallecida (OR ajustado= 1,145; IC: 1,021 – 1,283). **Conclusiones:** Se evidencia que el diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix está asociado a presencia de sangrado vaginal y está fallecida. Cabe mencionar que este riesgo es independiente de otros predictores de riesgo que se presentan en la literatura de diagnóstico estadio tardío. Asimismo, los otro predictores no actúan como efectos modificadores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix.

*Palabras clave:* cáncer de cérvix, estadio tardío, factores de riesgo, paridad

## ABSTRACT

**Aim:** to determine the association of parity and late diagnosis of cervical cancer during the health emergency. Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, Lima-Peru 2020 – 2023.

**Method:** observational, retrospective, comparative study. Population were patients with cervical cancer during the period 2020 to 25-5-2023, data from the Clinical History of hospitalization and outpatient clinics were recorded. **Results:** patients at the time of being diagnosed with Ca Cu; with 0 to 1 gestation, with 0 to 1 delivery, not deceased at the time of cut-off and without vaginal bleeding presented early stage of Cervical Ca  $p < 0.005$ . And those who had the Pap smear not performed at EsSalud presented late stage of Cervical Ca ( $p = 0.010$ ), presenting two or more births (OR= 1.215; CI 1.046 – 1.412), died at the time of cut-off at 14-3-24 (OR= 1.204; CI: 1.061 – 1.367), presence of vaginal bleeding (OR= 1.372; CI: 1.177 – 1.599). It is evident that patients have a higher risk of presenting a late diagnosis of cervical cancer when they present vaginal bleeding (adjusted OR 1.461; CI: 1.214 – 1.759). Likewise, if she is deceased (adjusted OR= 1.145; CI: 1.021 – 1.283). **Conclusions:** It is evident that the late-stage diagnosis of cervical cancer is associated with the presence of vaginal bleeding and death. It is worth mentioning that this risk is independent of other risk predictors presented in the literature on late-stage diagnosis. Similarly, the other predictors do not act as modifying effects on the diagnosis of late-stage cervical cancer.

*Keywords:* cervical cancer, late stage, risk factors, parity

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema

El cáncer de cérvix (CaCu) es considerado una neoplasia frecuente en mujeres (4to cáncer), de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 se estimaron 604,000 nuevos casos, mientras que los fallecimientos ascendieron a 342 000. La mayoría de los casos nuevos y fallecimientos ocurrieron en países de ingresos medios y bajos (World Health Organization, 2022). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la mortalidad es tres veces mayor en América Latina que las reportadas en América del Norte, situación que pone en evidencia la desigualdad en riquezas, género y la disponibilidad de servicios de salud en el continente (Pan American Health Organization, 2022).

El CaCu es una enfermedad que puede prevenirse y curarse si se detecta a tiempo y se trata correctamente (Bhatla et al., 2021). A pesar del avance en el tratamiento y diagnóstico del cáncer, esta enfermedad sigue siendo una de las principales causas de fallecimiento en muchos países. La alta tasa de mortalidad mundial por cáncer de cuello uterino podría disminuirse mediante un enfoque integral que incluya programas efectivos de prevención, pronóstico temprano, detección y tratamiento (Mimouni et al., 2020). Factores como la falta de acceso a la detección rutinaria, el seguimiento inadecuado de las pruebas de Papanicolaou anormales y posiblemente la baja conciencia entre las mujeres sobre la progresión de la enfermedad, podrían explicar la mayor mortalidad por CaCu (Ghahramani et al., 2020).

Uno de los factores pronósticos más cruciales para el CaCu es el estadio en el momento del diagnóstico y la extensión de la propagación. El diagnóstico tardío continúa siendo el principal obstáculo por superar en la lucha contra esta enfermedad (Virgilsen et al., 2019). Este se considera un tema importante en la comprensión y abordaje oportuno del cáncer, especialmente el de cérvix, son fundamentales para su tratamiento y prevención. El retraso en el diagnóstico es un marcador crucial de la calidad de la atención médica y está siendo cada

vez más utilizado para evaluar la distribución de recursos y diseñar programas preventivos (Zelege et al., 2021).

A pesar de la importancia señalada, existe escasa información disponible sobre los factores que influyen en el diagnóstico en estadio tardío del CaCu. Aunque se ha sugerido que la paridad podría ser un factor relevante, son pocos los estudios que han investigado esta relación. Un estudio reciente encontró que las mujeres con alta paridad tenían una probabilidad significativamente mayor de desarrollar CaCu en comparación con aquellas con menor paridad (Odds ratio = 2,65, intervalo de confianza del 95 % = 2,08–3,38) (Tekalegn et al., 2022). A pesar de estos hallazgos, la relación precisa entre la paridad y el diagnóstico tardío de CaCu sigue sin estar completamente clara. Por tanto, se propone llevar a cabo esta investigación para abordar esta brecha en el conocimiento.

## **1.2 Descripción del problema**

El cáncer de cérvix o de cuello uterino o es considerado como una enfermedad prevenible; sin embargo 250 mil mujeres fallecen por esta causa cada año a nivel mundial, sobre todo aquellas que pertenecen a zonas de bajo y medianos ingresos, pues esta afección genera un impacto socioeconómico significativo tanto en la mujer, familia y comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Es la forma más común de cáncer entre las mujeres, y se prevé que para el año 2025 se diagnosticarán alrededor de 5 mil casos nuevos, según la Organización Mundial de la Salud (Dunyo et al., 2018). Aunque la incidencia ha disminuido en América Latina y el Caribe desde el año 2000, sigue siendo un problema predominante, especialmente entre las mujeres que viven en áreas rurales (Caro-Porras, 2017).

Según la guía de prevención y tratamiento del CaCu del Ministerio de Salud (MINSA) de 2017, se estima que cada cinco horas muere una mujer a causa de este cáncer. Las regiones

más afectadas por esta enfermedad son Loreto, Ucayali, Madre de Dios y Moquegua, con tasas de incidencia del 29,4%, 28,6%, 28,5% y 28,4%, respectivamente. Asimismo, se observa que las regiones con las tasas de mortalidad más altas por cada 100 mil habitantes son Loreto, Huánuco y Ucayali, superando estos valores en más de cuatro veces la tasa de mortalidad en Lima.

A nivel del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el CaCu se encuentra entre los cinco cánceres más frecuentes. En el año 2018 se presentaron 1499 casos nuevos, siendo el estadio III los que predominan en frecuencia (Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas, 2018). Mientras que a nivel del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, un estudio que incluyó datos de las redes Almenara, Rebagliati y Sabogal, reportó que los tiempos para confirmar el diagnóstico e iniciar el manejo de CaCu son extensos, se mencionó que el tiempo transcurrido para buscar atención fue de 10 meses, mientras que el tiempo para la provisión de servicios fue de 8 meses (Otero et al., 2019).

Aunque se han logrado progresos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, esta enfermedad continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en numerosos países (Canfell, 2019). En África la mortalidad es de 27,6 y la incidencia de 20,0 por cada 100 mil habitantes, en Europa estas tasas son 11,2 / 3,8 respectivamente y en Norteamérica es 6,4 / 1,9 respectivamente. La supervivencia de 5 años es de 50% a 59% en países como Argentina, Perú y Uruguay (Morocho et al., 2020). Esta patología constituye un ejemplo de inequidad en salud ya que la carga difiere del país y región de ocurrencia (Velásquez, 2016).

Una de las principales razones de la prevalente mortalidad es la demora en la detección o el inicio del tratamiento en una etapa avanzada (Assefa et al., 2019). Un retraso en el diagnóstico puede ocurrir por muchas razones, tales como: cuando una persona no asiste a la prueba de detección; cuando el servicio de detección no diagnostica el cáncer, cuando no se actúa adecuadamente sobre un hallazgo incidental; si un individuo no reconoce un síntoma de

cáncer; una persona con síntomas no busca asesoramiento médico; o proveedores de atención médica o el sistema de salud no detecta el cáncer (Behnamfar y Azadehrah, 2015).

Se ha indicado que la paridad podría desempeñar un papel crucial en la determinante del diagnóstico tardío. Según Begoihn et al. (2019), al examinar los factores asociados al diagnóstico tardío se observó que las mujeres que han tenido más partos tenían una mayor probabilidad de presentar enfermedad en estadio avanzado I – IIa  $5,6 \pm 2,9$ ; IIb  $6,6 \pm 3,1$ ; III  $6,0 \pm 3,0$  y IV  $6,5 \pm 3,0$ . Además, en el análisis de regresión bivariado reveló una significativa mayor razón de prevalencia para realizarse el tamizaje en el grupo de mujeres con hijos e historial de embarazos.

Estudios anteriores también han señalado la relación entre la etapa tardía en el diagnóstico y un mayor número de partos. En un estudio realizado por Pérez Sanjuán et al. (2019), se identificaron como factores principales que contribuyen al riesgo de diagnóstico en estadio tardío de CaCu el inicio temprano de las relaciones sexuales antes de los 20 años (78,8%), tener múltiples parejas sexuales ( $\geq 5$ ) (57,5%), y la maternidad múltiple (42,4%) con dos o tres hijos. Sin embargo, es crucial destacar la necesidad de realizar más investigaciones en este campo, ya que los estudios existentes son limitados.

El diagnóstico en estadio tardío emerge como una de las causas principales que contribuyen al aumento de casos de CaCu en etapas avanzadas, lo que conlleva complicaciones en el tratamiento. Por lo tanto, el retraso en la detección del cáncer en las pacientes puede tener un impacto negativo en su pronóstico y calidad de vida. Investigaciones han señalado diversos factores asociados con la detección tardía de esta enfermedad, como el nivel socioeconómico, la raza, la edad, el estado civil, la maternidad, el nivel educativo y el lugar de residencia (Soto, 2019; Quinto, 2017).

Se ha señalado que la paridad podría considerarse como un componente determinante en la detección en estadio tardío de CaCu, al respecto. En la investigación realizada por Zibako

et al. (2022), se encontró que el diagnóstico tardío de CaCu se asoció significativamente entre las mujeres que tienen mayor paridad (OR = 1.294; IC 95%: 1,163-1,439).

Aunque se sugiere que la paridad podría estar vinculada al diagnóstico tardío, aún no se tiene certeza sobre si este factor condiciona directamente la identificación tardía en las pacientes, ya que los estudios locales sobre el tema son limitados. En este escenario, se propone llevar a cabo una investigación para analizar la posible relación entre la maternidad y el diagnóstico tardío de cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de la emergencia sanitaria, desde 2020 hasta 2023.

### **1.3 Formulación del problema**

#### ***1.3.1 Problema general***

¿Existe asociación de paridad y diagnóstico en estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023?

#### ***1.3.2 Problemas específicos***

¿Cuál es la distribución de la población de estudio según estadio de diagnóstico de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023?

¿Cuál es el Odds Ratio crudo y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico en estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023?

¿Cuál es el Odds Ratio ajustado y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023?

## 1.4 Antecedentes

### 1.4.1 Nacionales

Miraval et al. (2021) con el título “Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el instituto regional de enfermedades neoplásicas centro, Concepción, Junín, 2021”. Identificaron los factores de peligro asociados con esa enfermedad en un estudio descriptivo y de correlación. Encontraron una asociación directa y significativa entre la multiparidad o gran multiparidad y el grado de incidencia de CaCu (rho de Spearman =  $-.448$ ,  $p = 0.000$ ).

Mendoza et al. (2021), en su estudio realizado en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción, Junín, analizaron los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino. Los resultados indicaron que el inicio de las relaciones sexuales entre los 10 y 14 años se asoció con un 40% de diagnósticos en estadio III y un 12.7% en estadio I. Asimismo, el 45,5% de las pacientes reportaron haber tenido entre 2 y 3 parejas sexuales, de las cuales el 23,6% presentaban cáncer en estadio III. En relación con la paridad, el 58,2% de las pacientes con cáncer eran multíparas, de las cuales el 29,1% se encontraban en estadio I y el 20% en estadio II. Estos hallazgos subrayan la relevancia de los factores reproductivos y de comportamiento sexual en el riesgo y el estadio de diagnóstico del cáncer de cuello uterino.

Mamani et al. (2020) “Determinantes socioculturales asociados a la no realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30-49 años. Según la Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES) del año 2018”. Analizaron los factores relacionados con la falta de tamizaje para el cáncer de cuello uterino en un estudio descriptivo que involucró a 7489 mujeres entre 30 y 49 años. Entre los principales hallazgos, se observó que las mujeres sin pareja presentan un riesgo 1,2 veces mayor al no someterse al tamizaje del CaCu (RP=1,272;

IC: 1,026 – 1,577), al igual que aquellas con educación primaria o inferior (RP=2,622; IC: 2,171-3,165).

Soto (2019) “Características epidemiológicas del cáncer de cérvix uterino en pacientes del Hospital Regional del Cusco 2014 - 2018”. Caracterizó las dimensiones epidemiológicas de esta enfermedad en un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Entre los hallazgos, se observó que el 27% comenzó su vida sexual entre los 14 y 15 años, el 17,6% experimentó la menarquia entre los 12 y 13 años, el 70% tenía una paridad de 4 hijos o más, y el 75,5% no tenía antecedentes de citología cervical.

Herrera et al. (2019) realizaron un estudio analítico titulado “Factores asociados a la citología anormal del cérvix. Liga contra el cáncer, Lima - Perú, 2010 - 2014”, con el objetivo de evaluar los factores relacionados con citologías anormales de cérvix. Su investigación incluyó 206 203 citologías cervicales y reveló una prevalencia del 1,8% de citologías anormales. Según la procedencia, los distritos Puente Piedra, Comas y Carabayllo, especialmente aquellos con nivel socioeconómico C, presentaron la mayor prevalencia de citologías anormales (45,4%).

Garrido et al. (2019) con el título “Factores de riesgo asociados al rechazo de la toma de muestra de citología cervical en el Hospital Jorge Reategui Delgado. Piura 2018”, evaluaron los determinantes relacionados al rechazo de la toma de muestra de citología cervical en pacientes de un hospital de Piura. Evaluaron a 126 pacientes, y los resultados indicaron que el 53,97% de los pacientes que rechazaron el PAP eran de procedencia urbana, aunque la asociación entre las variables no fue estadísticamente significativa ( $p=0.94$ ).

Quinto (2017) con el estudio “Características sociodemográficas y obstétricas de mujeres con cáncer de cuello uterino del Hospital El Carmen-Huancayo 2016”. Identificó las características sociodemográficas de mujeres con CaCu, encontrando una incidencia de 6,64 casos por cada mil mujeres. La edad de presentación varió entre 35 y 49 años en el 50% de los

casos, y todas las mujeres fueron clasificadas como múltiparas. Además, el 64,29% inició su vida sexual entre los 15 y 19 años, y el 82% tuvo entre 2 y 5 parejas sexuales. Aunque no se evidenció relación significativa entre algunas variables, se identificó una relación con el estado socioeconómico ( $p=0.001$ ).

#### **1.4.2 Internacionales**

Friebel-Klingner et al. (2021) realizaron un estudio titulado "Factores clínicos y sociodemográficos asociados con el diagnóstico tardío de cáncer cervical en Botswana". Su investigación identificó posibles factores clínicos y sociodemográficos en pacientes relacionadas con el diagnóstico de CaCu en etapas avanzadas. Utilizando un enfoque transversal y análisis de regresión multivariable, concluyeron que las mujeres que informaron haberse sometido a pruebas de detección de CaCu tenían una probabilidad menor de ser detectadas en etapas avanzadas del cáncer (OR: 0,63; IC del 95%: 0,47 a 0,84) en comparación con aquellas que no lo hicieron.

Nessa et al. (2020) llevaron a cabo un estudio titulado "Influencia de los factores demográficos y reproductivos en el cáncer y pre-cáncer de cuello uterino en Bangladesh". Su estudio se centró en evaluar los factores asociados con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino mediante un enfoque transversal que incluyó a 16,147 mujeres. Los resultados indicaron que la edad media del primer parto fue de 18,45 años ( $\pm 4,10$ ), y el análisis estadístico reveló que a mayor edad ( $p=0,000$ ), menor nivel de educación ( $p=0,007$ ), menor nivel socioeconómico ( $p=0,014$ ) y mayor paridad ( $p=0,001$ ) ejercieron una influencia significativa en el desarrollo de pre-cáncer y CaCu.

Wassie y Fentie (2021) estudiaron la prevalencia de la presentación en etapas avanzadas y factores asociados en pacientes con cáncer cervical en el Hospital Especializado Tikur Anbesa. En este estudio trasversal, se determinó la frecuencia de casos que se presentaron en

fases avanzadas y se analizaron los factores vinculados a esta situación que incluyó a 1057 pacientes, encontraron que el 56,8% de los casos fueron diagnosticados en etapas avanzadas. Además, las mujeres de 60 años o más presentaron un riesgo 1,89 veces mayor de diagnóstico tardío en comparación con mujeres más jóvenes.

Molina y Olivas (2018) analizaron el comportamiento de la infección por virus del papiloma humano (VPH), en mujeres que se les realizó citología cervical, procedentes del Municipio de Malpaisillo, León. En este estudio observacional y descriptivo, reportaron que las participantes tenían entre 20 y 24 años y que el 46% iniciaron su actividad sexual entre los 13 y 15 años. Además, el 28% indicó haber tenido entre 4 y 5 compañeros sexuales.

Mwaka et al. (2016) en su estudio realizado en un hospital terciario del norte de Uganda, analizaron los factores sociales, demográficos y de atención médica asociados con el estadio de diagnóstico del cáncer de cuello uterino. En este estudio transversal, que incluyó a 150 pacientes, identificaron que las dificultades financieras aumentaban significativamente la probabilidad de diagnóstico en etapas avanzadas (AOR = 5,5; IC del 95%: 1,58-20,64). También observaron que las mujeres con cinco a nueve hijos biológicos tenían menos probabilidades de recibir un diagnóstico tardío (AOR = 0,27; IC del 95%: 0,08-0,96). Sin embargo, no encontraron asociaciones significativas entre el estadio de diagnóstico y factores como la edad, número de partos o el estado civil.

Kajabwangu et al. (2024) en su estudio investigaron los factores sociodemográficos, clínicos y metabólicos asociados con el diagnóstico tardío de cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Referencia Regional de Mbarara, en el suroeste de Uganda. En este estudio transversal, se incluyeron a 157 pacientes, los hallazgos mostraron que las mujeres con más de un parto presentaron un IC 95% para el riesgo relativo de 0,73 a 2,23, mientras que aquellas con cinco o más hijos tuvieron un IC 95% de 0,80 a 1,07. Concluyeron que un alto porcentaje de mujeres son diagnosticadas en etapas avanzadas y recomendaron

fortalecer los servicios de detección y descentralizar los servicios de tratamiento para mejorar su accesibilidad.

Mwaliko et al. (2023) en su estudio sobre la supervivencia de pacientes con cáncer de cuello uterino en el Hospital Universitario y de Referencia Moi, Kenia, en este estudio de cohorte retrospectivo con datos de seguimiento prospectivo. De las 162 mujeres seguidas, el 43,2% fallecieron, con una tasa de incidencia de 45,9 muertes por cada 100 años-persona. Las pacientes con seguro médico, diagnóstico en etapa temprana y tratamiento quirúrgico presentaron mejores tasas de supervivencia. Las diagnosticadas en etapas avanzadas (IIB o superior) tuvieron un riesgo de muerte ocho veces mayor que las diagnosticadas en etapas tempranas (I-IIA), con un índice de riesgo de 8,01 (IC del 95%: 3,65-17,57). Además, las mujeres sometidas a cirugía presentaron un riesgo de mortalidad 84% menor que aquellas derivadas a otros tratamientos (índice de riesgo: 0,16; IC del 95%: 0,07-0,38). Estos resultados destacan la importancia del diagnóstico temprano y el acceso a tratamiento adecuado en la mejora de la supervivencia.

## **1.5 Justificación de la investigación**

### ***1.5.1 Teórica***

La emergencia sanitaria que atravesó nuestro país a causa de la COVID-19, generó perturbaciones en los servicios de salud. Las interrupciones en la consulta médica regular, la reasignación de recursos y las limitaciones en la movilidad pueden afectar la detección temprana y del diagnóstico oportuno del CaCu.

Las mujeres con mayor paridad pueden enfrentar desafíos adicionales debido a responsabilidades familiares y limitaciones de recursos. Esta situación puede afectar su asistencia a programas de detección de CaCu y durante una emergencia, es posible que el acceso a estos programas esté aún más restringido. Investigar la relación entre la paridad y el

diagnóstico tardío puede ayudar a comprender mejor las desigualdades y vulnerabilidades específicas que deben abordarse en las políticas de salud pública.

Los resultados brindarán nueva información a la comunidad científica en salud sobre los factores asociados al diagnóstico tardío, que puede servir de evidencia para investigaciones futuras sobre el tema a nivel de pre y posgrado, así como para el desarrollo de estrategias que resalten la importancia de la detección temprana en los resultados de las pacientes con este tipo de cáncer.

### ***1.5.2 Práctica***

Dado que el diagnóstico en estadio tardío de CaCu resulta de la interacción de múltiples características, donde resalta la disponibilidad de servicios de salud para la detección, este estudio será relevante para los profesionales sanitarios en la identificación de grupos vulnerables, especialmente en términos de detección y diagnóstico de enfermedades como el CaCu. Además, ayudará en la sensibilización de los pacientes y sus familias sobre la importancia de la prevención de esta neoplasia.

Finalmente, al contextualizar el proceso de la enfermedad con la paridad de las pacientes, se amplía la visión de intervención y se permite comprender aspectos sociales relevantes en la salud.

### ***1.5.3 Metodológica***

La metodología del estudio puede emplearse como modelo de investigaciones posteriores sobre el tema, que permitirán contrastar los hallazgos del estudio.

### ***1.5.4 Importancia***

La investigación es relevante pues contribuye a identificar a los pacientes en mayor riesgo de diagnóstico tardío, además de ser un aporte importante para la prevención de esta condición.

Es viable ya que se cuentan con los recursos necesarios para la llevar a cabo el estudio, que será autofinanciado. Además, se prevé solicitar con antelación los permisos requeridos para la recolección de datos.

Es trascendente ya que contribuye con la prevención del diagnóstico tardío del cáncer de cérvix, así mismo es un aporte importante que influye directamente con las estrategias destinadas al control del cáncer de cérvix.

Es original también ya que son pocos los estudios sobre el tema en contexto nacional y local.

## **1.6 Limitaciones de la investigación**

Considerando la naturaleza de la investigación (revisión de historias clínicas de las pacientes afectadas), los riesgos están limitados a una brecha en la confidencialidad. Sin embargo, la base de datos con la se trabajará contará con códigos alfanuméricos para preservar la confidencialidad de las pacientes.

Asimismo, el hecho de revisar las historias clínicas electrónicas podría resultar una limitación porque algunas veces los profesionales sanitarios encargados de la atención de los pacientes no registran toda la información

Se deberá tener precaución al generalizar los resultados pues solo representan la realidad del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, específicamente de las pacientes con diagnóstico en estadio tardío de CaCu.

El presente estudio es viable porque se cuenta con el permiso de la Gerencia de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia (responsable del

CRI- EsSalud) y del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y se resalta el tema de cáncer de cérvix, por ser un tema de interés para la salud pública.

## **1.7 Objetivos**

### ***1.7.1 Objetivo general***

Determinar la asociación de paridad y diagnóstico tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023.

### ***1.7.2 Objetivos específicos***

Evaluar la distribución de la población de estudio según estadio de diagnóstico de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023.

Determinar Odds Ratio crudo y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico en estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023.

Determinar Odds Ratio ajustado y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico en estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Marco conceptual

#### 2.1.1 *Cáncer de cérvix*

**2.1.1.1 Definición.** El CaCu es una neoplasia maligna que parte de la zona de transformación donde se ubican células escamosas y glandulares y se manifiesta con la presencia de células precursoras, se manifiestan con una lesión precursora de progresión lenta y que se manifiestan en etapa leve, moderada y severa, la evolución se presenta de acuerdo con el lugar que circunscribe que puede ser en la superficie epitelial y luego se desarrolla a cáncer invasor cuando la afección traspasa la membrana basal (Pérez et al., 2019).

El cérvix está ubicado a nivel pélvico, es la parte inferior, estrecha del útero, es parte del sistema reproductor de la mujer. La neoplasia maligna inicia en la célula, el proceso celular implica el crecimiento y división para la formación de nuevas células que satisfacen las necesidades del cuerpo ya que al deteriorarse la célula ocurre la muerte y se producen nuevas células de reemplazo; sin embargo, con el cáncer este proceso se descontrola y se desarrollan células nuevas a pesar de ser innecesarias y las células deterioradas no mueren cuando debería. El acúmulo de todas estas células adicionales, forman frecuentemente una masa que es lo que se conoce normalmente como tumor (Granda y Vicuña, 2019).

**2.1.1.2 Etiología.** El virus papiloma humano (VPH) tiene un tropismo debido a células epiteliales y se producen infecciones a nivel de la piel y de la mucosa, al afectar la mucosa se identifican genotipos de alto y bajo riesgo ya que de ello depende la evolución del cáncer (Jiménez, 2018). El VPH, una enfermedad de transmisión sexual es la causa de casi todos los CaCu, mientras que la mayoría de los VPH las infecciones desaparecen por sí solas y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven espontáneamente, en algunas mujeres esta infección se vuelve crónica y las lesiones precancerosas pueden desarrollarse y progresar a CaCu invasivo (Organización Mundial de la Salud, 2016).

El VPH benigno es de serotipo 6 y 11 desarrollan verrugas en el tracto genital y no tiene característica oncogénica, el proceso de infección es de característica verrugosa. Por otro lado, las de alto riesgo producen lesiones menos evidentes y se clasifican como oncogénicos y el 99% se relaciona con cáncer de cérvix. Existen las variantes 13 y 19 de alto riesgo, los tipos 16, 18, 31, 33, 33, 35, 45, 51, 52, 56 y 58; sin embargo, el 60% de cáncer de cérvix son causados por gen 16 y el 18 10 al 20%, el resto constituye en un 20 a 30% (Jiménez, 2018).

En mujeres con un sistema inmunológico saludable, el desarrollo de CaCu puede tomar entre 15 y 20 años, mientras que, en aquellas con un sistema inmunológico debilitado, este proceso puede acelerarse, ocurriendo en un período de 5 a 10 años (Organización Mundial de la Salud, 2016). La progresión del CaCu invasivo implica una propagación directa hacia estructuras como el parametrio, la vagina, el útero y órganos adyacentes, como la vejiga y el recto. Además, se disemina a través de los canales linfáticos hacia los ganglios linfáticos regionales, incluidos el ganglio obturador, ilíaco externo, ilíaco interno, y posteriormente, hacia los ganglios ilíacos comunes y paraaórticos. La metástasis a órganos distantes como pulmones, hígado y esqueleto a través de la circulación sanguínea es un fenómeno que ocurre en etapas avanzadas de la enfermedad (Bhatla et al., 2021).

**2.1.1.3 Manifestaciones clínicas.** pueden estar relacionados con el cuadro de infección presente en el cérvix. Por ejemplo, una paciente con infección por VPH puede no presentar síntomas y es posible que las lesiones que ocasione regresen con el tiempo. Las lesiones premalignas o en estadios tempranos del cáncer también pueden tener poca sintomatología. Sin embargo, en etapas avanzadas, los signos y síntomas pueden incluir sangrado vaginal después de las relaciones sexuales, entre períodos menstruales o después de la menopausia, así como secreción vaginal acuosa o sanguinolenta que puede ser abundante y tener un olor desagradable, además de dolor pélvico o dispareunia (Equipo Técnico de la Dirección de

Prevención y Control de Cáncer; Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017; Mayo Clinic, 2021).

**2.1.1.4 Diagnóstico tardío.** Se refiere a la detección de carcinoma cervicouterino en estadios III y IV según la clasificación de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (Wassie, 2021). Sin embargo, según la Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino del Seguro Social del Perú (EsSalud), se consideran estadios tempranos IA1, IA2, IB1, IB2 o IIA1, mientras que los estadios IIB, III y IV se clasifican como diagnóstico tardío (Seguro Social de Salud, 2020).

El cáncer cervicouterino se puede presentar como un cáncer que se desarrolla en el epitelio escamocolumnar de la zona fibromuscular inferior del útero, el cual se proyecta en el cuello (Serra et al., 2017). Existen 2 tipos histopatológicos para esta patología, adenocarcinoma y carcinoma de las células escamosas (Muñoz, 2019). Antes de desarrollarse el cáncer, las células del cérvix empiezan a presentar cambios anormales y se denominan precancerosos para describir estos cambios precancerosos, que incluyen neoplasia intraepitelial cervical (NIC), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia (American Cancer Society, 2020).

La neoplasia intraepitelial cervical no invasiva describe a las células escamosas que sufren cambios anormales, no es indicador de cáncer, pero es posible que progrese a cáncer si no es tratado, se clasifican en 3 grados: NIC 1 se observan células anormales hasta en un tercio del grosor del revestimiento; NIC 2 aquí se observa entre 2 a 3 tercios de células anormales en el revestimientos y NIC 3 está cubierto todo el grosor por células anormales, en NIC 1 puede regresar a la normalidad en la mayoría de pacientes, pero en el NIC 2 y 3 es necesario extirpar células anormales para evitar que progrese a cáncer invasivo (European Society for Medical Oncology, 2016).

El CaCu temprano no ha invadido fuera del cérvix, son operables y la primera opción es extirpar el cáncer. En estadio avanzado las células se diseminan fuera del cérvix hasta tejidos

circundantes, implica la administración de quimio radioterapia y por último en el estadio metastásico presenta tumores distantes, no es curable, pero sí tratable. (European Society for Medical Oncology, 2016). El sistema TNM, que se refiere al tamaño y extensión del tumor primario (T), la extensión del cáncer en los ganglios (N) y la presencia de metástasis (M), es utilizado para determinar el estadio del cáncer. El estadio se determina mediante una variedad de pruebas y procedimientos, como rayos X, análisis de laboratorio y otros exámenes, y varios sistemas de estadificación están disponibles, incluido el sistema TNM, que considera la ubicación del tumor, el tipo de célula, su tamaño, la afectación de ganglios u otras partes del cuerpo y el grado de tumor (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

El diagnóstico para lesiones premalignas o cancerígenas es a partir de biopsia, aunque también puede ser identificada con Inspección Visual de ácido Acético (IVAA) o colposcopia, también es posible observar alteraciones durante el examen físico empleando el espéculo, se puede reflejar con una apariencia normal o una lesión cervical visible, a veces los tumores alcanzar a reemplazar el cérvix, cualquier lesión evidente requiere ser identificada con biopsia, independientemente de resultados benignos, excepto ante quistes de Naboth que no requiere biopsia, la estrategia del MINSA (2017) es “tamizar o ver y tratar”.

La detección primaria de CaCu se puede realizar a partir de la detección del ADN del virus del papiloma humano, método recomendado de detección primaria del CaCu si se dispone de todos los recursos. También se puede emplear la prueba de Papanicolau e IVAA como pruebas para detectar lesiones premalignas, la detección temprana de lesiones con la intervención adecuada reduce la morbilidad y la mortalidad relacionadas (Dunyo et al., 2018). Los avances en la tecnología de la radioterapia, como la radioterapia de intensidad modulada, han resultado en una menor toxicidad relacionada con el tratamiento para mujeres con enfermedad localmente avanzada. Sin embargo, para mujeres con enfermedad metastásica o recurrente, el pronóstico general sigue siendo desalentador (Cohen et al., 2019).

a) En todas las etapas, los hallazgos clínicos pueden complementarse con imágenes y hallazgos patológicos disponibles para determinar el tamaño y la extensión del tumor. Los resultados patológicos sustituyen a los hallazgos clínicos e imagenológicos (Bhatla et al., 2021).

b) La invasión de los espacios vasculares/linfáticos no altera la estadificación. La extensión lateral de la lesión ya no se considera relevante (Bhatla et al., 2021).

c) La presencia de células tumorales aisladas no modifica el estadio, pero debe registrarse (Bhatla et al., 2021).

d) Se debe añadir la notación "r" (para imágenes) y "yp" (para patología) para señalar los hallazgos utilizados en la asignación del caso al estadio IIIC. Por ejemplo, si las imágenes muestran metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos, se clasificaría como Estadio IIIC1r; si se confirma mediante hallazgos patológicos, sería Estadio IIIC1p. Siempre se debe documentar el tipo de modalidad de imagen o técnica patológica utilizada. En caso de duda, se debe asignar la estadificación más baja (Bhatla et al., 2021).

Estadios de acuerdo International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

0= Carcinoma in situ (carcinoma preinvasor)

I= Carcinoma de cuello uterino limitado al útero (sin considerar la extensión al cuerpo uterino)

IA= Carcinoma invasivo diagnosticado sólo por microscopía. Todas las lesiones visibles macroscópicamente, incluso con invasión superficial.

IA1= Invasión estromal de 3,0 mm o menos en profundidad y 7,0 mm o menos en extensión horizontal.

IA2= Invasión estromal de más de 3,0 mm, pero no más de 5,0 mm con una extensión horizontal de 7,0 mm o menos.

IB= Lesión clínicamente visible confinada al cérvix o lesión microscópica.

IB1= Lesión clínicamente visible de 4,0 cm o menos en su dimensión más grande..

IB2= Lesión clínicamente visible de más de 4,0 cm en su mayor dimensión.

II= El tumor se extiende más allá del útero, pero no hasta la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.

IIA= Sin invasión del parametrio.

IIB= Con invasión del parametrio.

III= El tumor se extiende a la pared pélvica y/o afecta el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o función renal.

IIIA= El tumor afecta el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.

IIIB= El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o disfunción renal.

IV= Tumor que atraviesa la pelvis, o compromete la mucosa rectal o vesical

IVA= Invade los órganos adyacentes.

IVB= Metástasis a distancia (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

**A. Paridad como factor de diagnóstico tardío.** La paridad se refiere al total de partos e incluye los nacimientos a término y los nacimientos prematuros, el parto se define como el hecho de dar a luz a un bebé (vivo o fallecido) que pese 500 g o más, o que haya alcanzado las 20 semanas completas o más, según la fecha de la última menstruación (Bernstein y VanBuren, 2014).

En el estudio de Mwaka et al. (2016) observó un riesgo elevado de diagnóstico tardío en mujeres con cinco a nueve hijos biológicos tenían una mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de cáncer en etapas avanzadas (definidas como estadio III/IV). Las mujeres con un mayor número de partos pueden experimentar dificultades adicionales a raíz de las

responsabilidades familiares y las restricciones de recursos a las que se enfrentan (Benavente y Valdés, 2014).

Tekalegn et al. (2022) indicaron de manera significativa una asociación entre la paridad y el CaCu. Se observó que la probabilidad de desarrollar cáncer cervical fue más del doble en mujeres con una paridad elevada en comparación con aquellas que tenían una paridad más baja (OR = 2,65, IC 95% = 2,08–3,38). La asociación entre el número de nacimientos vivos por mujer y el cáncer cervical se mantiene constante incluso después de realizar ajustes por factores como la actividad sexual, historial de pruebas de Papanicolaou y resultados positivos para el VPH. Lo cual podría indicar que la duración de la exposición a los cambios hormonales es un factor determinante para esta asociación (Vale et al., 2019).

**2.1.1.5 Nulípara.** Definimos como nulípara a la paciente que no ha experimentado un parto previo, como la mujer que no ha experimentado el nacimiento de un feto con una gestación superior a 20 semanas o un peso menor de 500 gramos (Gómez et al., 1999). La mujer nulípara versus la mujer no nulípara ha sido investigada como un factor contribuyente potencial para las mujeres con CaCu en etapa tardía en el momento del diagnóstico (Dunyo et al., 2018).

**2.1.1.6 No nulípara.** La paridad hace referencia al conjunto de partos que han tenido lugar después de las 20 semanas de gestación, en los cuales el producto pesa más de 500 gramos. En caso de que el feto no alcance dicho peso o edad gestacional, se clasifica como aborto.

- Primípara: Mujer que ha dado a luz una vez.
- Multípara: Mujer que ha dado a luz dos (secundípara) o más veces (tercípara, cuartípara, etc.)
- Gran Multípara: Mujer que ha dado a luz seis veces o más (Cunningham et al., 2015).

En el estudio de Palman Cuesta et al. (2022), la paridad esta positivamente asociada con el cáncer de cérvix y se pudo observar que la paridad es un factor de riesgo, el 57,05% tuvieron tres hijos y el 18,59% cuatro hijos. Además de elementos como el comienzo de la actividad sexual antes de los 15 años (68,90%), el tabaquismo (67,71%) y el presentar el VPH (58,30%).

Es conocido que una elevada cantidad de partos incrementa la posibilidad de desarrollar CaCu. Esto se debe a los cambios hormonales vinculados a la paridad y al embarazo prolongan la permanencia de la zona de transformación en el exocérvix, facilitando así la exposición directa al VPH y a otros cofactores (Pimple y Mishra, 2022).

La presencia de una alta paridad se identificó como un elemento de riesgo para el CaCu. Este riesgo puede explicarse mediante la inmunomodulación causada por niveles elevados de estrógenos y progesterona, así como por el trauma cervical relacionado con el parto. Este último provoca la eversión del epitelio columnar sobre el ectocérvix, lo que a su vez aumenta la exposición a la infección por el VPH (Baskaran et al., 2019).

Tekalegn et al. (2022) en su investigación evidencio que las mujeres que tenían una alta paridad mostraban un riesgo 2,65 veces mayor de desarrollar CaCu en comparación con aquellas que no tenían esta característica (Odds ratio = 2,65, intervalo de confianza del 95% = 2,08–3,38). La mala distribución de los proveedores de atención del cáncer hace que los pacientes viajen largas distancias para recibir atención del cáncer en ciertas áreas, puede exacerbar las disparidades en la salud del cáncer en las comunidades vulnerables (Berraho et al., 2012).

### III. MÉTODO

#### 3.1 Tipo de investigación

Tipo de investigación: Observacional, el objetivo es incrementar los conocimientos científicos, sin intervención del investigador. (Hernández Sampieri, 2013).

Diseño: Cuantitativa, se recopilará y analizará datos numéricos.

No experimental, ya que el investigador no intervendrá para manipular las variables en estudio (Argimón y Jiménez, 2019).

Retrospectiva, se analizarán datos ya existentes, que han sido registrados por razones distintas a la investigación (Argimón y Jiménez, 2019).

Observacional, dado que las variables de estudio no fueron manipuladas deliberadamente, y la investigadora se limitó a observar, medir y analizar (Argimón y Jiménez, 2019).

Comparativo, se comparan dos grupos, se considerará a pacientes que tuvieron diagnóstico tardío (cáncer en estadio IIb, III y IV) y a pacientes que tuvieron diagnóstico temprano (Estadio I y IIa) para evaluar las diferencias en la paridad de las pacientes. Estudio transversal.

#### 3.2 Población y muestra

##### 3.2.1 Población

La población la conformarán todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de CaCu atendidas durante la emergencia sanitaria en el HNERM en el periodo del 15 de marzo del 2020 al 25 de mayo del 2023.

### **3.2.2 Muestra**

Este estudio no empleará una muestra, dado que abarcará todas las historias clínicas de las pacientes mujeres tratadas en el departamento de gineco-obstetricia del HNERM durante el período de emergencia sanitaria, y que cuenten con un diagnóstico histopatológico de cáncer de cérvix.

### 3.3 Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Nro. de ítems	Ítems	Escala de medición	Valoración final	Instrumento
Paridad	Cantidad de partos posteriores a las 20 semanas de gestación (Artal-Mittelmark, 2022)	Será definido como el número total de partos que las pacientes han tenido como antecedente ya sea parto vaginal o por vía alta.	Nulípara	0 - 1parto	1 ítem	I.1	Cuantitativo Intervalo	Número de partos	Historia clínica
			No nulípara	2 partos a más	1 ítem	I.2			
Diagnóstico tardío de cáncer de cérvix	Término utilizado para describir un cáncer que ha alcanzado un estado avanzado de crecimiento y se ha propagado a los ganglios linfáticos u otras áreas del cuerpo. (Wassie, 2021).	Será definido como un carcinoma cervicouterino que se identifica en estadios IIB, III y IV según clasificación FIGO	-	Diagnóstico tardío de cáncer de cérvix	2 ítems	II.1 II.2	Cualitativa Nominal	Si No	Historia clínica

### **3.4 Instrumentos**

La técnica de recolección de datos será de naturaleza documental, utilizando una ficha específica para esta tarea. Los datos se obtendrán de las historias clínicas mediante la aplicación de un instrumento de construcción que no requiere validación.

El título del estudio será "Asociación entre paridad y diagnóstico tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima - Perú, 2020-2023", con el objetivo de determinar la relación de paridad y diagnóstico tardío de cáncer de cérvix en pacientes tratadas durante la emergencia sanitaria. La herramienta utilizada para recopilar datos será una ficha diseñada específicamente para este propósito, destinada a registrar información sobre variables como la procedencia y el diagnóstico tardío de cáncer de cérvix. Esta ficha seguirá la siguiente estructura:

#### ***3.4.1 Datos generales***

Incluirá la siguiente información: edad, número de gestaciones previas, número de partos, tipo de parto, edad al inicio de relaciones sexuales, estadio de diagnóstico, fecha de primera atención.

#### ***3.4.2 Paridad***

Se incluyen 2 ítems: nulípara y no nulípara, según (Gómez et al., 1999) la paciente nulípara se considera a aquella paciente que no había parido anteriormente y como no nulípara a toda aquella paciente que tiene antecedente de parto.

#### ***3.4.3 Diagnóstico tardío de cáncer de cérvix***

Se incluyen 2 ítems: la primera es una opción de respuesta (sí y no), además del estadio al diagnóstico.

### **3.5 Procedimientos**

Se procederá a solicitar la aprobación del protocolo de investigación a la Universidad Nacional Federico Villarreal, así como a gestionar la autorización correspondiente del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins para el inicio de la recolección de información del HNERM. La obtención de datos se realizará a partir de los registros disponibles en la plataforma de Servicios de Salud Inteligente (ESSI), específicamente de la atención brindada en servicios de hospitalización y consulta externa. Se identificarán las historias clínicas de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos. Posteriormente, se llevará a cabo una revisión de las historias clínicas electrónicas de cada paciente seleccionada, extrayendo únicamente la información pertinente a las variables de interés mediante el uso de una ficha de recolección de datos. Esta información se volcará en una base de datos diseñada en el programa estadístico seleccionado para su posterior análisis, que incluirá la elaboración de tablas y gráficos.

### **3.6 Análisis de datos**

Se establecerá una base de datos utilizando el software SPSS 25. A continuación, se llevará a cabo un proceso de verificación de la consistencia de los datos, el cual implica la identificación y exclusión de aquellos registros que no satisfagan los criterios de selección predefinidos. Una vez completada esta fase, se procederá con el análisis estadístico de los datos recopilados.

#### ***3.6.1 Análisis descriptivo***

Se realizará el cálculo de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) para las variables cualitativas, como lugar de procedencia y estadio del diagnóstico. Para las variables

cuantitativas, como la edad la edad de inicio de las relaciones sexuales se determinarán medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar).

### ***3.6.2 Análisis bivariados***

Para determinar si la paridad es un factor asociado al diagnóstico tardío de cáncer de cérvix para los pacientes atendidos, se aplicará la prueba Chi-cuadrado. Además, se calculará la Razón de Prevalencia (RP) para evaluar si este factor tiene una mayor probabilidad de contraer la enfermedad. Se establecerá un nivel de significancia del 5%, considerando p-valores menores a 0.05 como significativos.

### ***3.6.3 Análisis multivariados***

En este análisis se llevará a cabo un análisis de regresión de Poisson múltiple, incluyendo todas las variables propuestas en el estudio. Se calculará la Razón de Prevalencia Ajustada (RPa) para identificar los factores significativos y con mayor probabilidad de presentar el diagnóstico histopatológico de cáncer de cérvix. Se establecerá un nivel de significancia del 5%.

### ***3.6.4 Presentación de resultados***

Finalmente, se expondrán en tablas simples y dobles, así como en diagramas estadísticos generados con Microsoft Excel 2019.

## **3.7 Consideraciones éticas**

El estudio pasará por la revisión del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Es crucial destacar que el estudio seguirá estrictamente los principios éticos fundamentales, incluyendo la no maleficencia, beneficencia, justicia y

autonomía. La realización de la investigación no entrañará ningún riesgo para el bienestar de los participantes, ya que se limitará a la revisión de registros electrónicos, constituyendo así una recolección de información secundaria, lo cual eximirá la necesidad de obtener un consentimiento informado.

Me comprometo a preservar la confidencialidad de los datos recopilados; estos serán anonimizados mediante la asignación de códigos únicos de identificación para cada registro, evitando así la inclusión de nombres y apellidos reales. El acceso a esta información estará restringido exclusivamente a la investigadora principal, asegurando la protección de la privacidad de las participantes y el respeto por la veracidad de la información.

Además de cumplir con las Buenas Prácticas de Investigación, en concordancia con la declaración de Helsinki. Finalmente, es importante resaltar que me comprometo a ejecutar la investigación previa aprobación de los Comités de ética de investigación.

#### IV. RESULTADOS

Este estudio se realizó en Hospital Edgardo Rebagliati Martins en área de hospitalización y consultorios externos mediante historias clínicas desde el 15 de marzo del 2020 al 25 de mayo del 2023.

**Tabla 1**

*Distribución de la población de estudio según estadio de diagnóstico de cáncer de cérvix*

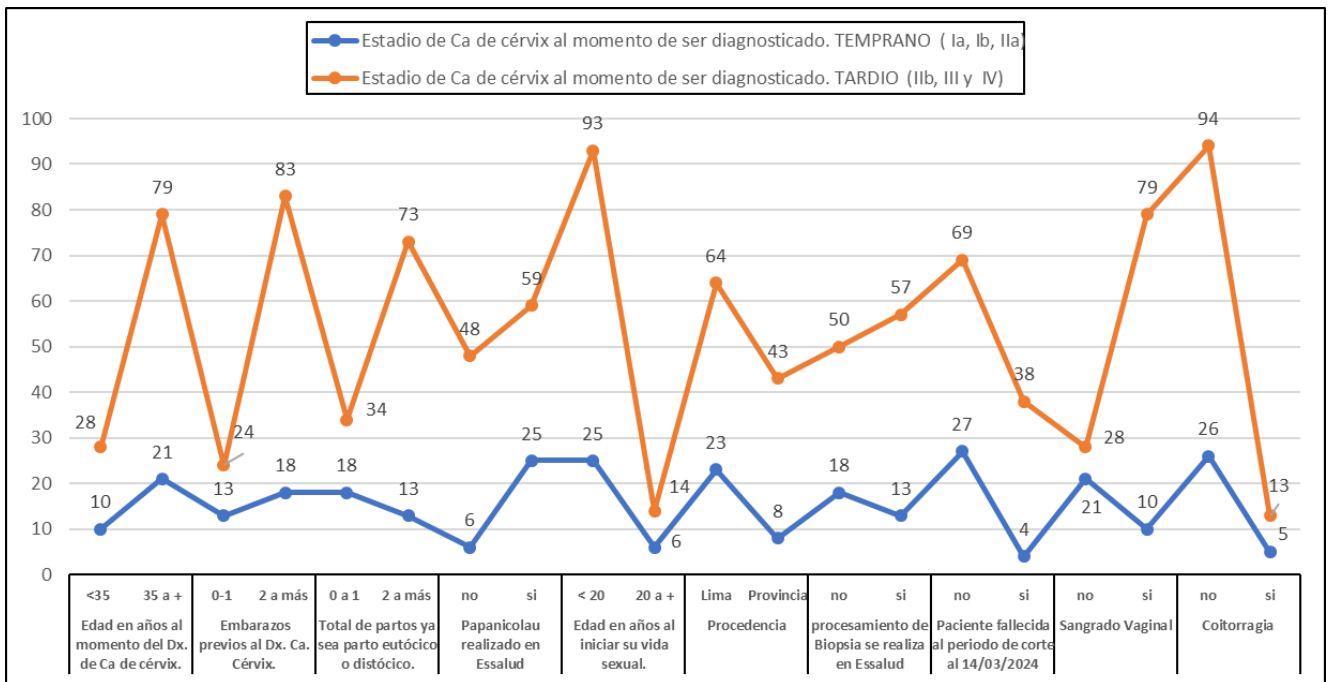
			<i>Estadio de Ca de cérvix al momento de ser diagnosticado.</i>		<i>*Sig.</i>
			<b>TEMPRANO ( Ia, Ib, IIa)</b>	<b>TARDIO (IIb, III y IV)</b>	
<b>Predictores</b>					
<b>Edad en años al momento del Dx. de Ca de cérvix.</b>	menor 35 años	n(%)	10 (7,2%)	28 (20,3%)	,504
	35 años a mas	n(%)	21 (15,2%)	79 (57,2%)	
<b>Número de embarazos previos al Dx. Ca. Cérvix.</b>	0-1 gestas	n(%)	13 (9,4%)	24 (17,4%)	,031
	2 a más gestas	n(%)	18 (13,0%)	83 (60,1%)	
<b>Paridad (Total de partos)</b>	0 a 1 partos	n(%)	18 (13,0%)	34 (24,6%)	,008
	2 a más partos	n(%)	13 (9,4%)	73 (52,9%)	
<b>Papanicolau realizado en EsSalud</b>	no	n(%)	6 (4,3%)	48 (34,8%)	,010
	si	n(%)	25 (18,1%)	59 (42,8%)	
<b>Edad en años al iniciar su vida sexual.</b>	menor de 20 años	n(%)	25 (18,1%)	93 (67,4%)	,382
	20 años a más	n(%)	6 (4,3%)	14 (10,1%)	
<b>Procedencia</b>	Lima	n(%)	23 (16,7%)	64 (46,4%)	,144
	Provincia	n(%)	8 (5,8%)	43 (31,2%)	
<b>Procesamiento de Biopsia se realiza en EsSalud</b>	no	n(%)	18 (13,0%)	50 (36,2%)	,266
	si	n(%)	13 (9,4%)	57 (41,3%)	
<b>Fallecimiento</b>	no	n(%)	27 (19,6%)	69 (50,0%)	,016
	si	n(%)	4 (2,9%)	38 (27,5%)	
<b>Sangrado Vaginal</b>	no	n(%)	21 (15,2%)	28 (20,3%)	,000
	si	n(%)	10 (7,2%)	79 (57,2%)	
<b>Coitorragia</b>	no	n(%)	26 (18,8%)	94 (68,1%)	,562
	si	n(%)	5 (3,6%)	13 (9,4%)	

\*X<sup>2</sup>

*Nota.* En la tabla 1, observamos que las pacientes al momento de ser diagnosticadas con Ca de Cérvix con 0 a 1 gestación; no fallecida al momento de corte y no sangrado vaginal presentan estadio temprano de Ca de Cérvix  $p < 0,005$  ( $p = 0,031$ ;  $0,016$  y  $0,000$  respectivamente). Y, las que presentan diagnóstico tardío de Ca de cervix son las que su Papanicolau no han sido realizado en EsSalud ( $p = 0,010$ ), y las que presentan 2 o más partos (paridad) ( $p = 0,008$ )

**Figura 1**

*Distribución de la población de estudio según estadio de diagnóstico de cáncer de cervix*



**Tabla 2**

*Odds Ratio crudo y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix*

<i>Predictores</i>	<i>*Sig.</i>	<i>OR crudo</i>	<b>95% de intervalo de confianza</b>	
			<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
<b>edad años al momento de Dx Ca cérvix</b>	,518	1,055	,898	1,239
<b>Paridad (Total de partos)</b>	,011	1,215	1,046	1,412
<b>Papanicolau realizado en EsSalud</b>	,005	,830	,730	,944
<b>Edad en años al iniciar su vida sexual.</b>	,419	,916	,739	1,134
<b>procedencia</b>	,122	1,113	,972	1,276
<b>Procesamiento de Biopsia se realiza en EsSalud</b>	,265	1,082	,942	1,243
<b>Fallecimiento</b>	,004	1,204	1,061	1,367
<b>Sangrado Vaginal</b>	,000	1,372	1,177	1,599
<b>Coitorragia</b>	,586	,941	,755	1,172
<b>Número de embarazos previos al Dx. Ca. Cérvix</b>	,047	1,189	1,002	1,411

*Nota.* En la tabla 2, se utilizó OR crudo 95% de intervalo de confianza para describir predictores para cáncer de cérvix según estadio temprano y tardío. Y, observamos que presentan **estadio tardío** cuando; presentan 2 a más partos (paridad) (OR= 1.215; IC 1,046 – 1,412), fallecidas al momento de corte al 14-3-24 (OR= 1,204; IC: 1,061 – 1,367), presencia de sangrado vaginal (OR= 1,372; IC: 1,177 – 1,599) y, 2 o más embarazos (OR= 1,189; IC: 1,002 – 1,411).

**Tabla 3**

*Odds Ratio ajustado y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix*

<b>Predictores</b>	<b>*Sig.</b>	<b>OR ajustado</b>	<b>95% de intervalo de confianza</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>Sangrado vaginal</b>	,000	1,461	1,214	1,759
<b>Fallecimiento</b>	,020	1,145	1,021	1,283
<b>Coitorragia</b>	,156	1,208	,930	1,569
<b>Paridad (Total de partos)</b>	,229	1,139	,921	1,408
<b>Procedencia de la paciente</b>	,575	1,036	,915	1,173

*Nota.* En la tabla 3, tenemos el modelo de regresión logística multivariado usando todos los predictores con OR crudo significativo estadísticamente, con intervalo de confianza mayor a 1 como límite inferior. Se evidencia que las pacientes tienen más riesgo de presentar diagnóstico tardío de cáncer de cérvix cuando presentan sangrado vaginal (OR ajustado 1,461; IC: 1,214 – 1,759). Igualmente, si esta fallecida (OR ajustado= 1,145; IC: 1,021 – 1,283). Los otros predictores no actúan como efectos modificadores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio observacional, comparativo de corte transversal y retrospectivo se llevó a cabo en un hospital nacional del Seguro Social, donde se analizaron las historias clínicas de 138 pacientes mujeres del período 15 de marzo del 2020 al 25 de mayo del 2023. El estudio contó con la conformidad del Comité de Ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal y del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Mwaka et al. (2016) observaron en su investigación que las mujeres con cinco a nueve hijos biológicos ( $ORa = 0,27$ ; IC del 95%: 0,08 a 0,96) tenían menos probabilidades de ser diagnosticadas con CaCu en estadio avanzado (definido como estadios III/IV). Estos resultados no encontraron una relación significativa entre paridad y la detección en etapa avanzada de CaCu, lo cual es consistente con nuestros hallazgos. Esta similitud podría atribuirse al diseño metodológico comparable y al tamaño de muestra reducido en ambos estudios (menos de 150 pacientes).

Kajabwangu et al. (2024) no encontraron una asociación significativa entre el diagnóstico tardío de CaCu y el número de partos. En su estudio, observaron que las mujeres con más de un parto presentaban un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) del riesgo relativo de cáncer cervical de 0,73 a 2,23, mientras que aquellas con cinco o más hijos tuvieron un IC del 95% de 0,80 a 1,07. Estos resultados coinciden con los de nuestro estudio, probablemente debido a similitudes en el diseño.

Por otro lado, Pimple y Mishra (2022) afirman que los cambios hormonales vinculados al embarazo extienden la presencia de la zona de transformación en el exocérvix, lo que permite una exposición más prolongada al VPH y a otros cofactores. Asimismo, señalan que los cambios hormonales provocados por el embarazo podrían alterar la respuesta inmunológica frente a la infección, favoreciendo la persistencia y la progresión del VPH.

No obstante, nuestro estudio difiere de los hallazgos Assefa et al. (2019), que también estudiaron una asociación entre alta paridad y diagnóstico en etapa tardía de cáncer de cérvix. En donde se evidencio que el 50,9% tenían dos hijos o más. Estos resultados no se asemejan a lo reportado en nuestro estudio y probablemente se debe a que tienen una mayor cantidad de muestra y hay diferencias en las características demográficas de las poblaciones estudiadas.

Asimismo, Mendoza et al. (2021) destacan en su investigación que, en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro (Junín – Perú), el 58,2% de las mujeres con neoplasia maligna de cuello uterino son multíparas, y el 50,9% de estas se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad. Estos resultados no armonizan con los obtenidos en nuestro estudio, a pesar de que la metodología similar, las discrepancias pueden deberse al menor tiempo de análisis en nuestro estudio.

Se esperaría que las mujeres con mayor número de partos han debido ser sometidas a pruebas de detección, como el Papanicolaou y/o la inspección con ácido acético (IVAA), en el control prenatal. Sin embargo, los resultados son contradictorios, ya que en el estudio de Zibako et al. (2022), la mayoría de las mujeres respondieron negativamente a la pregunta sobre si se habían realizado pruebas de detección. Este estudio encontró una asociación entre la detección en etapa avanzada de CaCu y las mujeres con mayor paridad (OR = 1,294; IC 95%: 1,163-1,439), lo cual no concuerda con los hallazgos de nuestro estudio, probablemente por la diferencia en el diseño de la metodología, la recopilación de datos fue mediante encuestas y nosotros mediante historias clínicas.

El sangrado vaginal emergió como un predictor significativo en nuestro estudio para el diagnóstico en estadios avanzados de CaCu (OR = 1,372; IC: 1,177-1,599). Este hallazgo está en consonancia con estudios previos, como el de Begoihn et al. (2019), donde el sangrado vaginal fue el principal síntoma en el 92,7% de los casos de CaCu avanzado. Del mismo modo,

Friebel-Klingner et al. (2021) informaron que las mujeres con este síntoma tenían mayores probabilidades de un diagnóstico tardío (OR: 2,32; IC del 95%: 1,70-3,16).

En nuestro estudio, se observó también se encontró que las pacientes fallecidas al momento del corte (14 de marzo de 2024) tenían un mayor riesgo de diagnóstico tardío (OR = 1,204; IC: 1,061-1,367). Esto coincide con lo reportado por Benitez-Restrepo et al. (2020), quienes encontraron que el riesgo de mortalidad aumenta significativamente en los estadios avanzados (HR 8,7; IC del 95%: 3,6-20,1 para el estadio IV).

Por último, Mwaliko et al. (2023) informaron que el 68,5% de las pacientes presentaban estadios avanzados de la enfermedad y que la supervivencia a 10 meses era de solo el 0,5% para aquellos en estadio IIB o superior. Esto resalta la importancia de un diagnóstico temprano, ya que las opciones terapéuticas en estadios avanzados son limitadas. Es posible que los hallazgos de nuestro estudio sean similares debido a criterios de inclusión similares y al hecho de que ambos se realizaron en grandes hospitales de referencia.

Aunque en nuestro estudio no se encontró una asociación significativa entre la paridad y el diagnóstico tardío de CaCu, el número de partos podría actuar como un factor protector e identificamos que las mujeres con mayor número de gestaciones podrían beneficiarse de programas de monitoreo intensivo y campañas educativas sobre prevención lo es crucial para mejorar los resultados de salud en esta población vulnerable.

Sin embargo, nuestro estudio tiene limitaciones, incluyendo un tamaño de muestra relativamente pequeño y un diseño retrospectivo, lo que podría limitar la generalización de los resultados. Futuras investigaciones deberían considerar muestras más grandes y multicéntricas y emplear metodologías prospectivas para confirmar y expandir nuestros hallazgos.

En conclusión, este estudio resalta la importancia del número de gestaciones, sangrado vaginal como factores asociados al diagnóstico en etapa avanzada de CaCu. Implementar estrategias de prevención y detección temprana dirigidas a mujeres con más de dos gestaciones

es esencial para reducir la incidencia de diagnósticos en etapas avanzadas y mejorar la supervivencia. La continuación de investigaciones en esta área es fundamental para desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas.

## VI. CONCLUSIONES

6.1 Se evidencia que la detección en etapa avanzada del CaCu puede estar asociado con la presencia de sangrado vaginal, y estar fallecida en el momento del corte. Es importante destacar que este riesgo es independiente de otros predictores de riesgo que se presentan en la literatura sobre diagnóstico en estadio tardío. Además, estos otros predictores no actúan como efectos modificadores en la detección de estadio avanzado de la neoplasia.

6.2 Se ha observado que las pacientes diagnosticadas con CaCu y que presentan de cero a una gestación, con 0 a un parto, no fallecidas en el momento del corte y sin sangrado vaginal, presentan estadio temprano de cáncer de cérvix. Por otro lado, aquellas con diagnóstico en etapa tardía de CaCu son las que no se han realizado el Papanicolau en EsSalud.

6.3 La cantidad de partos mostró una asociación negativa con el diagnóstico en estadio tardío de CaCu, lo que podría actuar como un factor protector. Sin embargo, esta relación no fue estadísticamente significativa, por lo que no podemos considerarla concluyente en este estudio.

6.4 Se evidencia que las pacientes tienen más riesgo de presentar diagnóstico tardío de cáncer de cérvix cuando presentan sangrado vaginal, Este riesgo también se incrementa si la paciente está fallecida al momento del corte en la fecha mencionada (14/03/2024), la presencia de sangrado vaginal y, además, haber experimentado dos o más embarazos.

## VII. RECOMENDACIONES

7.1 Nuestros hallazgos podrían servir como herramienta valiosa para orientar acciones dirigidas a desarrollar políticas de salud pública que prioricen la prevención y detección temprana del CaCu en poblaciones específicas como son las mujeres con alta paridad.

7.2 Se podrían implementar campañas educativas dirigidas a mujeres con más de dos gestaciones sobre los riesgos asociados con el CaCu y la importancia del diagnóstico temprano, así como difundir información sobre los síntomas del cáncer de cérvix y la necesidad de realizar exámenes periódicos.

7.3 Es imprescindible intensificar los esfuerzos para promover estudios futuros que exploren la asociación entre embarazo y el desarrollo de la neoplasia maligna de cérvix para entender mejor los mecanismos y factores de riesgo específicos.

7.4 Es importante apoyar investigaciones multicéntricas que incluyan diversas poblaciones para obtener datos más representativos y aplicables con un mayor número de casos de esta neoplasia.

## VIII. REFERENCIAS

- AccessMedicina (2015). Atención prenatal. *Williams. Obstetricia, 24e*. McGraw Hill Medical.  
 Recuperado 15 de febrero de 2024, de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100456672>
- American Cancer Society. (2020). Recuperado el 26 de noviembre de 2021, de American Cancer Society: <https://bit.ly/3rjg7gC>
- Argimon, J. y Jiménez, J. (2013). Método de investigación clínica y epidemiológica. (4ºed). ELSEVIER.
- Artal-Mittelmark, R. (2022). Evaluación de la paciente obstétrica—Ginecología y obstetricia. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica>
- Assefa, A. A., Astawesegn, F. H., & Eshetu, B. (2019). Cervical cancer screening service utilization and associated factors among HIV positive women attending adult ART clinic in public health facilities, Hawassa town, Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 19, 847. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4718-5>
- Baskaran, K., Kumar, P. K., Santha, K., y Sivakamasundari, I. (2019). Cofactors and Their Association with Cancer of the Uterine Cervix in Women Infected with High-Risk Human Papillomavirus in South India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*, 20(11), 3415-3419. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.11.3415>
- Begoihn, M., Mathewos, A., Aynalem, A., Wondemagegnehu, T., Moelle, U., Gizaw, M., Wienke, A., Thomssen, C., Worku, D., Addissie, A., Jemal, A., y Kantelhardt, E. J. (2019). Cervical cancer in Ethiopia – predictors of advanced stage and prolonged time

- to diagnosis. *Infectious Agents and Cancer*, 14(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13027-019-0255-4>
- Behnamfar, F., y Azadehrah, M. (2015). Factors associated with delayed diagnosis of cervical cancer in Iran—a survey in Isfahan City. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(2), 635-639. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.2.635>.
- Benavente R., M. C., y Valdés B., A. (2014). *Políticas públicas para la igualdad de género: Un aporte a la autonomía de las mujeres*. UN. <https://doi.org/10.18356/0826d728-es>
- Benitez-Restrepo, Cristian C., Arias-Ortiz, Nelson E., & Arboleda-Ruiz, Walter A.. (2020). Incidencia del cáncer de cuello uterino y sobrevida de pacientes en Manizales, Colombia, 2008-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(3), 438-445. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.4838>
- Bernstein, H.B., y VanBuren, G (s.f.). Embarazo normal y cuidados prenatales. En DeCherney A.H., y Nathan L, y Laufer N, y Roman A.S.(Eds.), *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 11e*. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494ysectionid=981237>  
85
- Berraho, M., Obtel, M., Bendahhou, K., Zidouh, A., Errihani, H., Benider, A., y Nejari, C. (2012). Sociodemographic factors and delay in the diagnosis of cervical cancer in Morocco. *Pan Afr Med J*. <https://doi.org/10.11604/pamj.2012.12.14.1098>
- Bhatla, N., Aoki, D., Nand, D. y Sankaranarayanan, R. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology y Obstetrics*, 155(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13865>
- Canfell, K. (2019). Towards the global elimination of cervical cancer. *Papillomavirus Res*, <https://doi.org/10.1016/j.pvr.2019.100170>.
- Caro-Porras, N. (2017). *Acta Médica Costarricense*, 59(1). Obtenido de <https://bit.ly/3laxsUP>

- Cohen, P., Jhingran, A., Oakin, A., y Denny, L. (2019). Cervical cancer. *The Lancet*, 12-18.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32470-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32470-X)
- Cosser-Herrera, M., Loayza-Alarico, M., y Navarrete-Mejía, P. (2019). Factores asociados a la citología anormal del cérvix. Liga contra el cáncer, Lima-Perú, 2010-2014. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 8(1).
- Cunningham F, y Leveno K.J., y Bloom S.L., y Spong C.Y., y Dashe J.S., y Hoffman B.L., y Casey B.M., y Sheffield J.S.(Eds.) (s.f.). Williams. Obstetricia, 24e. McGraw-Hill Education.
- Dunyo, P., Effah, K., y Asuquo, E. (2018). Factors associated with late presentation of cervical cancer cases at a district hospital: a retrospective study. *BMC Public Health*, 18(1156).  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6065-6>
- Equipo Técnico de la Dirección de Prevención y Control de Cáncer; Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino*. Guía técnica, Ministerio de Salud, Dirección de Prevención y control del Cáncer, Lima.
- European Society for Medical Oncology. (2016). *¿Qué es el cáncer de cuello uterino?* Guía ESMO.
- Friebel-Klingner, T., Luckett, R., Bazzett-Matabele, L., Ralefala, T., Monare, B., Nkuba, M., y Ramogola-Masire, D. (2021). Clinical and sociodemographic factors associated with late-stage cervical cancer diagnosis in Botswana. *BMC Women's Health volume*, 21(267). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01402-5>
- Garrido, A. (2019). *Factores de riesgo asociados al rechazo de la toma de muestra de citología cervical en el Hospital Jorge Reategui Delgado. Piura 2018*. Universidad Privada Antenor Orrego [UPAO].

- Ghahramani, S., Kasraei, H., Shahabi, S., y Lankarani, K. (2020). Facilitating Factors and Barriers of Women's Cancer Screening in Iran: A Systematic Review. *Int J Prev Med*, 11(199). [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_509\\_18](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_509_18).
- Gómez, R., Boldó, A., García-Tejedor, A., Bellver, J., Pérez, G., Abad, A., Cervera, J., y Maiques, V. (1999). *Obstetricia El parto de nalgas: ¿es la nuliparidad un factor de riesgo? Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 42(1), 26-31.
- Granda, D., y Vicuña, F. (2019). *Prevalencia y caracterización de mujeres vírgenes con diagnóstico de cáncer de cérvix, endometrio y ovario atendidas en el área de ginecología oncológica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde el año 2013 hasta 2017*. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas*. McGrawHill Education.
- Instituto Nacional de Cáncer. (2015). *Estadificación del cáncer*. Recuperado el 26 de noviembre de 2021, de Instituto Nacional de Cáncer: <https://bit.ly/3EaasNu>
- Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas. (2018). *Casos nuevos de cáncer registrados en INEN, periodo 2009 – 2018*. Lima: INEN.
- Jiménez, N. (2018). *Impacto del tiempo de espera para inicio de quimiorradiación en la supervivencia a 3 años en mujeres con cáncer de cérvix FIGI IIB-IVA tratadas en los hospitales México, Calderón Guardia y San Juan de Dios durante los años 2011-2013*. [Tesis de especialidad]. Universidad de Costa Rica.
- Kajabwangu, R., Bajunirwe, F., Izudi, J., Bazira, J., Ssedyabane, F., Kayondo, M., Lugobe, M., Turanzewe, S., Randall, T., y Ngonzi, J. (2024). Late Stage at Diagnosis of Cervical Cancer and Its Correlates at a Large Regional Referral Hospital in Uganda: A Cross-Sectional Study: *Rev Cureus*, 16(6): e62702. <https://doi.org/10.7759/cureus.62702>

- Mamani, T. (2020). *Determinantes socioculturales asociados a la no legalización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30-49 años. Según la Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES) del año 2018*. Universidad Ricardo Palma.
- Mayo Clinic. (2021). *Cervical cáncer*. Recuperado el 26 de noviembre de 2021, de Mayo Clinic: <https://mayocl.in/3ljuqhk>
- Mendoza Ordoñez, KJ, Vilchez Solano, L. y Buendía Medina, RE. (2021). *Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el instituto regional de enfermedades neoplásicas centro, concepción, Junín, 2021*. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Callao.
- Mimouni, H., Hassouni, K., El Marnissi, B., Rahou, B., Alaoui, L., Ismaili, R., y Hilali, A. (2020). The Care Pathway Delays of Cervical Cancer Patient in Morocco. *Obstetrics and Gynecology International*. <https://doi.org/10.1155/2020/8796570>
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino*. Lima: INEN.
- Ministerio de Salud del Perú. (2017). *Plan nacional de prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017-2021*. RM.440-2017/MINSA. Dirección de Prevención y Control de Cáncer.
- Molina, M., y Olivas, E. (2018). *Comportamiento de la infección por virus del papiloma humano (VPH), en mujeres que se les realizó citología cervical, procedentes del Municipio de Malpaisillo, León, Nicaragua 2018*. [Tesis de grado]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Morocho, K., Villavicencio, E., Andrade, A., y Roldán, J. (2020). Supervivencia de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Cérvix, estadios clínicos IIB-IIIA-IIIB. SOLCA –Cuenca. 2009 -2013. *Rev Oncol Ecu*, 30(1). <https://doi.org/10.33821/472>

- Muñoz, M. (2019). *Supervivencia de pacientes con cáncer de cérvix estadio clínico III y IV, sometidas a nefrostomía, en Solca Quito de enero del 2014 a enero del 2018*. [Tesis de especialidad]. Universidad Central de Ecuador.
- Mwaka, A. D., Garimoi, C. O., Were, E. M., Roland, M., Wabinga, H., y Lyratzopoulos, G. (2016). Social, demographic and healthcare factors associated with stage at diagnosis of cervical cancer: Cross-sectional study in a tertiary hospital in Northern Uganda. *BMJ Open*, 6(1), e007690. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007690>
- Mwaliko, E., Itsura, P. y Keter, A. (2023). Supervivencia de pacientes con cáncer de cuello uterino en el Hospital Universitario y de Referencia Moi, Eldoret, en el oeste de Kenia. *BMC Cancer* 23 , 1104. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11506-w>
- Nassali, M. N., Ramogola-Masire, D., Bvochora, M., Mitra, N., Wiebe, D., Rebbeck, T. R., McCarthy, A. M., & Grover, S. (2021). Clinical and sociodemographic factors associated with late-stage cervical cancer diagnosis in Botswana. *BMC Women's Health*, 21(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01402-5>
- Nessa, A., Ara, R., Fatema, P., Nasrin, B., Chowdhury, A., Khan, K. H., Barua, A. R., y Rashid, M. H. U. (2020). Influence of Demographic and Reproductive Factors on Cervical Pre-Cancer and Cancer in Bangladesh. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*, 21(7), 1883-1889. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.7.1883>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Towards the elimination of cervical cancer*.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Descriptor en Ciencias de la Salud*: [http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xisyprevious\\_page=homepageytask=exact\\_termyinterface\\_1\\_language=eysearch\\_language=eysearch\\_exp=Coronavi](http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xisyprevious_page=homepageytask=exact_termyinterface_1_language=eysearch_language=eysearch_exp=Coronavi)
- Otero, L., Menacho, L., Chávez, M., Tocas, M., Cabellos, C., y Tenorio, J. (2019). Cuellos de botella entre el tamizaje y tratamiento de cáncer de cuello uterino en tres Redes de Lima

de ESSALUD: estudio de métodos mixtos. Reporte de resultados de investigación 13-2019. ESSALUD.

Ouasmani, F., Hanchi, Z., Rahou, B., Bekkali, R., Ahid, S., y Mesfioui, A. (2016). Determinants of Patient Delay in Seeking Diagnosis and Treatment among Moroccan Women with Cervical Cancer. *Obstetrics and Gynecology International*.  
<https://doi.org/10.1155/2016/4840762>

Pan American Health Organization (2022). Obtenido de Cervical Cancer:  
<https://www.paho.org/en/topics/cervical-cancer>

Palman Cuesta, C. A., Abreu Díaz, M., Reyes Rodríguez, I., y Álvarez Sáez, M. (2022). Factores de riesgo de cáncer cérvicouterino en mujeres de un consultorio de Guanabacoa. *Mediciego*, 27(1), Article 1.

Pérez, A., Gonzáles, I., Rodríguez, R., y Terrero, L. (2019). Agregación familiar para cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4).  
<https://bit.ly/3DVTkdV>

Pérez Sanjuán, Priscilla, Rosales Luis, Yamilé, Fernández Peña, Idania, y Sánchez Pérez, Elizabeth. (2019). Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico*, 23(4), 1242-1253.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812019000401242&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000401242&lng=es&tlng=es).

Pimple, S., y Mishra, G. (2022). Cancer cervix: Epidemiology and disease burden. *CytoJournal*, 19, 21. [https://doi.org/10.25259/CMAS\\_03\\_02\\_2021](https://doi.org/10.25259/CMAS_03_02_2021)

Quinto, I. (2017). *Características sociodemográficas y obstétricas de mujeres con cáncer de cuello uterino del Hospital El Carmen-Huancayo 2016*. [Tesis de grado]. Universidad Católica Los ángeles de Chimbote.

- Rocque, GB., Williams, CP., Miller, HD., Azuero, A., Wheeler, SB., Pisu, M., Hull, O., Rocconi, RP. & Kenzik, KM. (2019). Impact of travel time on health care costs and resource use by phase of care for older patients with cancer. *J Clin Oncol*, 37, 1935-1945. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00175>
- Seguro Social de Salud (2020) Boletín registro hospitalario de cáncer 2007-2010. Red Asistencia Lambayeque. Lima: EsSalud.
- Seguro Social de Salud (2020) Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Cáncer de Cuello Uterino estadios tempranos IA1, IA2, IB1, IB2 y IIA1: Guía en Versión Extensa. Lima: EsSalud.
- Serra, M., Landrian, A., y Medell, M. (2017). Cáncer cervicouterino: diagnóstico tardío. Presentación de un caso. *Revista Finlay*, 7(1), 54-61. <https://bit.ly/3D5Esse>
- Soto, R. (2019). *Características epidemiológicas del cáncer de cérvix uterino en pacientes del Hospital Regional del Cusco 2014-2018*. [Tesis de especialidad]. Universidad San Martín de Porres.
- Tekalegn, Y., Sahiledengle, B., Woldeyohannes, D., Atlaw, D., Degno, S., Desta, F., Bekele, K., Aseffa, T., Gezahegn, H., y Kene, C. (2022). High parity is associated with increased risk of cervical cancer: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Women's Health*, 18, 17455065221075904. <https://doi.org/10.1177/17455065221075904>
- Vale, D. B., Sauvaget, C., Murillo, R., Muwonge, R., Zeferino, L. C., y Sankaranarayanan, R. (2019). Correlation of Cervical Cancer Mortality with Fertility, Access to Health Care and Socioeconomic Indicators. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 41, 249-255. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683859>

- Velásquez, A. (2016). *Cáncer de cérvix; respuesta a la Radioterapia y Quimioterapia concomitante en pacientes atendidos en el Centro Nacional de Radioterapia, 2010-2011*. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Virgilsen, L., Møller, H., y Vedsted, P. (2019). Cancer diagnostic delays and travel distance to health services: A nationwide cohort study in Denmark. *Cancer Epidemiology*, 59, 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.01.018>
- Wassie, M. y Fentie, B. (2021). Prevalence of late-stage presentation and associated factors of cervical cancer patients in Tikur Anbesa Specialized Hospital, Ethiopia: institutional based cross-sectional study. *Infect Agent Cancer*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13027-021-00371-6>
- World Health Organization. (2022). Cervical cancer: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=Cervical%20cancer%20is%20the%20fourth,%2Dincome%20countries%20\(1\).](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=Cervical%20cancer%20is%20the%20fourth,%2Dincome%20countries%20(1).)
- Zelege, S., Anley, M., Kefale, D. y Wassihun, B. (2021). Factors Associated with Delayed Diagnosis of Cervical Cancer in Tikur Anbesa Specialized Hospital, Ethiopia, 2019: Cross-Sectional Study. *Cancer Manag Res*, 13, 579-585. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S285621>
- Zibako, P., Tsikai, N., Manyame, S., & Ginindza, T. G. (2022). Cervical cancer management in Zimbabwe (2019–2020). *PLoS ONE*, 17(9), e0274884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274884>



## IX. ANEXOS

## A. Matriz de consistencia

Título de la Investigación	Pregunta de investigación	Objetivos de la Investigación	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio, procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Asociación entre paridad y diagnóstico tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023	<p><b>Problema general:</b> ¿Existe asociación entre paridad y diagnóstico en estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuál es la distribución de la población de estudio según estadio de diagnóstico de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023? ¿Cuál es el Odds Ratio crudo y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la asociación entre paridad y diagnóstico tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020 – 2023.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> Evaluar distribución de la población de estudio según estadio de diagnóstico de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020 – 2023. Determinar Odds Ratio crudo y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020 – 2023. Determinar Odds Ratio ajustado y 95% de intervalo de confianza para</p>	<p>Tipo de investigación: Observacional</p> <p>Diseño Cuantitativa Retrospectiva Comparativa Transversal</p>	<p><b>Población de estudio:</b> La población la conformarán todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix atendidas durante la emergencia sanitaria en el HNERM en el periodo del 15 de marzo del 2020 al 25 de mayo del 2023.</p> <p><b>Análisis de datos:</b> Frecuencias absolutas, frecuencias</p>	<p>La técnica de estudio será documental y el instrumento una ficha de recolección acorde a la historia clínica</p>

	<p>Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023?</p> <p>¿Cuál es el Odds Ratio ajustado y 95% de intervalo de confianza para predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023?</p>	<p>predictores de diagnóstico estadio tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria en pacientes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020 – 2023.</p>		<p>relativas, promedio, desviación estándar, OR, regresión de Poisson, RP y Rpa.</p>	
--	---	--	--	--	--

## B. Carta del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

	<b>PERÚ</b>	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	Seguro Social de Salud	
---	-------------	--	------------------------	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**CARTA N° 979 -GRPR-ESSALUD-2023**

Lima, **12/7 NOV 2023**

Señorita Licenciada en Obstetricia  
**ANAIS FRANSHESCA LAZARTE RAMOS**  
Investigadora Principal  
Presente.-

**Asunto: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

De mi consideración:


La presente tiene el objeto dar respuesta a su solicitud de revisión y aprobación del Proyecto de Investigación observacional titulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE PARIDAD Y DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CÁNCER DE CÉRVIX, DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA-PERÚ 2020-2023" V2 24/07/2023.**

Al respecto, manifestarle que el presente proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el cual vela por el cumplimiento de las directrices metodológicas y éticas correspondientes, y por la Directiva N°03-IETSI-ESSALUD-2019 "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud".

En ese sentido, la Gerencia de la Red Prestacional Rebagliati, manifiesta su **Aprobación y Autoriza la Ejecución** del presente proyecto de investigación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Así mismo, una vez ejecutado y concluido el proyecto, deberá presentar el Informe Final, a la Oficina de Investigación y Docencia, para conocimiento y fines correspondientes.

Sin otro en particular, quedo de usted.

Atentamente,


  
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI  
-----  
**DR. JOSÉ BEJARANO PRADO**  
C.M.P. 22-42-RNE-25008  
GERENTE


JBP/jscvirdm  
C. c. Archivo

Área	Año	Correlativo
832	2023	254

www.essalud.gob.pe

Av. Rebagliati N° 490  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-4901

 **PUSHHE**  
Perú

 **BICENTENARIO DEL PERÚ**  
2021 - 2024

C. Certificado de Calificación Ética del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

## CERTIFICADO DE CALIFICACIÓN ÉTICA

AUT. N° 111 -CE-GHNERM-GRPR-ESSALUD-2023

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, a fin de comunicarle que el Comité de Ética que represento, en la sesión realizada el 16 de noviembre de 2023, acordó aprobar el proyecto de investigación titulado "ASOCIACIÓN ENTRE PARIDAD Y DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CÁNCER DE CÉRVIX DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA-PERÚ 2020-2023" V2 24/07/2023, presentado por la Lic. en Obst. Anais Franshesca Lazarte Ramos, como investigadora principal.

La Investigadora deberá hacer llegar al Comité de Ética un informe de avance del estudio en forma anual.

FECHA: 17 de noviembre de 2023

FIRMA :

Dr. GADWYN SANCHEZ FELIX  
CUP 19383  
COMITÉ DE ÉTICA  
PRESIDENTE

GSF/mv  
(CEI 1672)  
NIT: 832-2023-254

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. Rebagliati N° 490  
Jesús María  
Lima 11 – Perú  
Tel.: 265-4901



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024

## D. Ficha de recolección

Asociación entre paridad y diagnóstico tardío de cáncer de cérvix durante la emergencia sanitaria. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2020-2023

---

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Número de embarazos: \_\_\_\_\_
3. Número de partos eutócicos: \_\_\_\_\_
4. Número de partos distócicos: \_\_\_\_\_
5. Total, de partos: \_\_\_\_\_
6. Fecha de último PAP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
7. Inicio de relaciones sexuales: \_\_\_\_\_
8. Estadio al diagnóstico:
- I
- IIa
- IIb
- III
- IV
9. Fecha de toma de biopsia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
10. Resultado de biopsia por EsSalud: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
11. Tiempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_ días
12. Tiempo de referencia: \_\_\_\_\_ días
13. Establecimiento de referencia:
- a. Hospital I Uldarico Rocca Fernández ( )
- b. Hospital I Carlos Alcántara Butterfield ( )
- c. Clínica Central de Prevención ( )
- d. Policlínico Pablo Bermúdez ( )
- e. Policlínico Próceres ( )
- f. Policlínico Juan José Rodríguez Lazo ( )
- g. Policlínico Santa Cruz ( )
- h. Centro de Atención Primaria III San Isidro ( )
- i. Centro de Atención Primaria III San Juan de Miraflores ( )
- j. Centro de Atención Primaria III Surquillo ( )
- k. Centro de Atención Primaria II Lurín ( )
- l. Otros: \_\_\_\_\_
14. Fecha de la última atención en el establecimiento de referencia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
15. Fecha de la primera atención en gineco onco en el HNERM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
16. Fecha de primer tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
17. Tipo de tratamiento:
- RT  QT  CONO LEEP
- RT+QT  HTR  OTRO
18. ¿La paciente se encuentra fallecida?
- a. Si
- b. No